Rok XXXIV. Kraków 23. Listopada 1895 r. Nr. 47.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 198.

Administracya:
Szpital św. Ludwika,
przy ulicy Strzeleckiej Nr. 5.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 61, rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 61, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 187. Clinton and 190 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 30 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Uwagi o udziale chirurgii w *paratyphlitis* i *peritonitis perforativa*.

Podał

Dr. Józef Ziemacki,

docent chirurgii w Uniwersytecie charkowskim.

W dniu 26. Lipca roku zeszłego przy zamknięciu posiedzeń sekcyi chirurgicznej VII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie podał prof. Rydygier za temat do obrad na siódmym zjeździe chirurgów polskich kwestyę chirurgicznego leczenia *paratyphlitis* i *peritonitis perforativa*. Sprawa ta bardzo na dobie.

Paratyphlitis wynika niemal wyłącznie z zapalenia wyrostka robaczkowatego, tak nazwanego barbarzyńską łaciną: *appendicitis vermicularis*. Jestto choroba częsta i bywa rozmaitego stopnia. *Causa morbi* po większej części tkwi w jakiejś mechanicznej przyczynie. Będzie to albo owrzodzenie, albo zranienie, albo draśnięcie, albo zdrapanie błony śluzowej, wyściełającej wewnętrzną powierzchnię wyrostka robaczkowatego, wywołane nieraz przez jakieś *corpus alienum*: pestkę, ość, kość, kamyk żółciowy lub kałowy i t. d. Stopnie tego zapalenia bywają bardzo rozmaite: począwszy od małego nacieku ścianki wyrostka (*infiltratio*), aż do mniej lub więcej rozległego ropienia w tkance śluzowej i podśluzowej. W stopniach silniejszych i sama otrzewna w okolicy kiszki ślepej może brać udział w zapaleniu (*perityphlitis*) a w niektórych przypadkach ropne zapalenie w ściance wyrostka może sprowadzić obumarcie częściowe ścianki i w ten sposób wywołać *peritonitis perforativa*, w skutek przedziurawienia kiszki od wnętrza (*perforatio intestini*). Słowem, żadnego klinicznego szablonu dla naszego cierpienia nie ma. Nie możemy też szablonowo z góry określać, że w takichto a takich przypadkach operowanie jest niezbędne, względnie jest niepotrzebne. Kwestya taka zależeć może tylko od właściwości każdego przypadku z osobna. Dzisiaj niech mi wolno będzie wypowiedzieć parę uwag w tej kwestyi: w jakim momencie choroby nóż chirurga powinien być powołany *ad agendum?*

Nikt nie zaprzeczy, że chirurg nie powinien być zbyt pochopny do operacyi, jednak gdyby przepuścił odpowiedni moment dla operacyi, to tenże sam chirurg zasłużyłby na naganę.

Nasamprzód, bardzo ważna jest rzeczą, czy chory zapada na zapalenie wyrostka robaczkowatego po raz pierwszy, czy wielokrotny?

Cechą tej choroby jest szczególniejsza skłonność do nawrotów. Zależy to od tego, że mechaniczna przyczyna, wywołująca zranienie błony śluzowej, może nadal pozostawać; mogą być anatomiczne stosunki w budowie tych części, które usposabiają do tworzenia się zawałów i t. d. Jak subtelne mogą być przyczyny nawet na familijnej osnowie, dowiedzie następująca obserwacya dwóch przypadków u dwóch rodzonych braci, którą miałem sposobność zrobić przed laty:

Obserwacya I. i II. Bracia K. (w P-u) przebyli w swojem życiu po kilka zupełnie analogicznych zapaleń ślepej kiszki. Młodszy w wieku lat 35 zapadł pierwszy w 1882. roku na *paratyphlitis*. W 1883. r. zapalenie to powtórzyło się dwa razy. A w 1884. r. po raz czwarty, choroba przybrała nagle groźne objawy w skutek rozszerzenia się zapalenia na całą otrzewnę. O operacyi w owym czasie nie było mowy. Chory był leczony przez internistów. Wcierano szarą maść. Choroba trwała $1\frac{1}{2}$ roku.

Drugi brat, w wieku lat 60, zapadł w 1886 roku na zapalenie ślepej kiszki. Po dwóch prawie tygodniach choroby krytyczne obniżenie gorączki. Prędka poprawa. Zapewne musiało nastąpić przerwanie ropnia podśluzowego do wnętrza kiszki. Dwukrotne powtórzenie się zapalenia w 1887. roku. Sformowanie się ropnia w okolicy ślepej kiszki w r. 1888. w czasie pobytu w stepach zakaspijskich. Po przerwaniu ropnia utworzyła się nader uparta przetoka, z której nieustannie sączyła się ropa w małej ilości.

Obaj bracia na dobitek paralelizmu zmarli nagle z porażenia serca. Młodszy w 1889. a starszy w 1892. r. Gdyby

nie przedwczesny zgon, to w obu przypadkach istniało bezwarunkowe wskazanie do operowania, w razie nowego zapadnięcia.

Ztąd wynika, że w przypadkach ponownego zapalenia wyrostka robaczkowatego, ślepej kiszki i sąsiednich okolic (*appendicitis, paratyphlitis recurrens*) mamy obowiązek głosować za operacyą. Dalszego umotywowania tego wniosku nie potrzebuję. Każdy sobie w myśli potrafi dosnuć te motywa.

Drugą ważną rzeczą *pro* i *contra* operacyi jest wiek chorego. U dzieci a nawet u młodych ludzi do 18 lat tkanki są jędrniejsze i odporniejsze i dlatego, o ile sądzić mogę z własnego doświadczenia, rzadsze są komplikacye niepomyślne. Mógłbym z własnej praktyki przytoczyć wielką liczbę obserwacyj *paratyphlitis* u dzieci, pomyślnie zakończonych przy wyczekującej metodzie leczenia. Może i wśród Kolegów praktyków znajdę stronników, gdy odważę się wystąpić z twierdzeniem, że u chorych w wieku dziecinnym i młodocianym nie należy śpieszyć się z operacyą.

Niezależnie od tych dwóch względów dopiero co przytoczonych, najważniejszą rzeczą przy roztrząsaniu *pro* i *contra* operacyi w każdym przypadku pozostanie za zawsze przebieg choroby. Przebieg zawsze jest atypiczny (nieprawidłowy) i może być bardzo rozmaity. Ze względów praktycznych można byłoby rozróżnić trzy stopnie choroby. Pierwszy, najłagodniejszy: gorączka niżej 38·5, bolesność nieznaczna, niewielkie też obrzmienie w okolicy ślepej kiszki; nieraz możemy nawet wyczuć wyrostek robaczkowaty zgrubiały, twardy i bolesny. Otrzewna mało zapalona. Drugi stopień, gorączka około 39·0, bolesność znaczna, bóle ustępują za podawaniem narkotyków, otrzewna nieco podrażniona, czkawka i jak w stopniu pierwszym, objawy gastryczne. Trzeci stopień, gwałtowny i ostry przebieg, silny ból, gorączka powyżej 39·0; od początku choroby wielki udział otrzewny *(perityphlitis)*, lub nadzwyczaj gwałtowne przejście zapalenia w ropienie *(paratyphlitis)*. Zastrzegam się wyraźnie, że podział taki, jako zupełnie dowolny, nie może rościć sobie pretensyi do naukowego znaczenia. Ze względów praktycznych zasługuje jednak na uwagę. W przypadkach pierwszej kategoryi przechylam się stanowczo ku metodzie wyczekującej. Należy zalecić: łoże, spokój, całkiem ścisłą dyetę, lód wewnętrznie i jeśli kto sobie życzy, przetwory makowca (opium, morfina, kodeina). Mojem zdaniem, należałoby doradzać wyczekiwanie nawet w przypadkach drugiej kategoryi, szczególniej u osób młodszych, zapadających po raz pierwszy. Jedynie wobec częstych nawrotów cierpienia i wobec zbyt długiego trwania okresu zapalnego (n. p. dni 12—15) należy imać się noża. Bezwarunkowo należy operować tych chorych, u których przebieg jest od początku ostry i groźny, lub gdy w czasie umiarkowanego przebiegu występuje nagle silne i groźne pogorszenie. W danym razie wskazaniem dla wykonania operacyi będzie pragnienie dotrzeć *ad causam morbi*.

Tym rękoczynem dla większej części przypadków będzie *laparotomia lateralis;* w małej liczbie przypadków będzie to *laparotomia extraperitonealis*, w większej zaś ich części laparotomia z otwarciem jamy brzusznej. Cięcie dla laparotomii powinno się prowadzić przez najwypuklejszą część obrzęku w okolicy ślepej kiszki, o dwa lub trzy palce ponad *spina ossis ilei superior anterior dextra*, ukośnie, prawie równolegle do *ligamentum Pouparti dextrum*. Po otwarciu otrzewny zwykle wyrostek (*appendix vermicularis*) bardzo łatwo można znaleść, gdyż jest zgrubiały, zapalony i bardzo często bywa w stanie kurczowego wyprężenia, w skutek skurczu podłużnych mięśni. Dalsze postępowanie zależeć będzie od stanu choroby; jeżeli są ropnie pod otrzewną lub owrzodzenia w błonie śluzowej przez otrzewnę przeświecające, to należy wykonać resekcyą wyrostka u jego nasady. Jestto rzecz nietrudna. Często zdarzają się zrosty, ale i te łatwo usunąć. Po resekcyi lub po opatrzeniu całej jamy w okolicy ślepej kiszki, albo zeszywamy ranę zupełnie, albo wypełniamy tamponami jodoformowemi głębsze kąty i wypuszczamy je w dolnym kącie rany. Jeżeli otrzewna jest zapalona, to wypełnienie wszystkich kątów pomiędzy trzewami watą jodoformową lub drenami (co kto woli) jest rzeczą niezbędną.

Dotychczas była mowa o laparotomii w przypadkach nader ostrego zapalenia. Przez taką laparotomię mamy głównie na celu zapobiedz niepomyślnemu powikłaniu, n. p. przedziurawieniu jelita, lub przejściu zapalenia na całą otrzewnę, lub powstaniu ropienia w tkance zaotrzewnowej. Dlatego laparotomią taką należy nazwać laparotomią zapobiegawczą *(laparotomia praeventiva)* i wyróżnić ją od laparotomii przyczynowej *(laparotomia causalis)*. Nie powiem, żeby już to tak bardzo wyróżniało te dwa rękoczyny. Laparotomia zapobiegawcza ma także po części na celu usunięcie przyczyny choroby, jednak na pierwszym planie występuje jej zapobiegawcze znaczenie a dopiero na dalszym planie i usunięcie samej przyczyny choroby. Możemy wahać się długo, czy przystępować do laparotomii zapobiegawczej *(laparotomia praeventiva)* i zawsze znajdziemy na swoje usprawiedliwienie bardzo wiele rzeczy, dopóki nie istnieje *complexus necessitatis*. Możemy bowiem wahać się wtedy, gdy otrzewna nie jest cała zajęta, gdy przedziurawienia jeszcze nie ma, gdy chełbotania nie ma. Nie mamy zaś prawa wahać się od chwili, gdy te objawy są już wyraźne. Chirurg zwłóczący wtedy zasługuje na naganę. Jedyne *contra* operacyi może tkwić tylko w bardzo złym stanie sił chorego lub wystąpieniu już agonii. Z żalem trzeba wyznać, że dotychczas operuje się zbyt mało przypadków! Zbyt długo lekarze wyczekują! Wyczekują nawet wtedy, gdy wystąpią objawy przedziurawienia.

Każdy z lekarzy ma w swej pamięci z pewnością niejeden taki przypadek, kiedy chory zginął w skutek nieinterwencyi chirurga. Ja sobie tutaj pozwolę przytoczyć 3 przykłady tego rodzaju:

Obserwacya III. Urzędnik, lat 50, otyły, po raz trzeci w życiu zapadł na *appendicitis vermicularis* w Czerwcu 1891. Gorączka silna. Bóle bardzo mocne. Wyraźna infiltracya całej okolicy kiszki ślepej. Przez 4 dni pobytu w oddziale wewnętrznym, stosunkowa *euphoria* pod wpływem znacznych dawek makowca. Na 5 dzień pobytu w szpitalu nagle pod wpływem ruchu (chory siadłszy na łóżku zrana, umywał się), pęknięcie jelita w miejscu zapalenia. Silny ból, omdlenie, objawy ostrego zapalenia otrzewny. Nawet wobec tak szybkiego pogorszenia chory na operacyę się nie zgadza. Pod wieczór tegoż samego dnia śmierć w skutek porażenia serca. Na sekcyi: silne zgrubienie wyrostka robaczkowatego, niewielkie i powierzchowne blizny na błonie śluzowej wyrostka. U samego dołu wyrostka, w miejscu przejścia w ślepą kiszkę, maluczkie przedziurawienie. Dziura nie większa od główki

od szpilki. W jamie brzusznej płynny wysięk a w niedalekiej odległości od przedziurawienia pestka od wiśni, winowajczyni całej choroby.

Widzimy jak łatwo było w tym przypadku usunąć przyczynę choroby, dotrzeć do niej i zapobiedz przedziurawieniu wyrostka za pomocą resekcyi. Należało tylko w pierwszej połowie choroby chwycić się noża.

Obserwacya IV. Izraelita, lat 48, zapadł na *paratyphlitis* w Lipcu 1891. roku; leczony przez lekarza wewnętrznie lekami dwa tygodnie. Na 6. dzień choroby nagłe objawy rozlanego zapalenia otrzewny *(peritonitis acutissima)*. W dobę później śmierć. Sekcya: olbrzymi ropień w *regio coecalis*, skóra mocno czerwona. Ropień ma się do przerwania na zewnątrz. Skóra jest już zupełnie ścieńczała. Ropień zalega całą przestrzeń poza jelitem ślepem. Zapalenie otrzewny nastąpiło w skutek dostania się ropy do jamy brzusznej. Otrzewna przeżarta poniżej jelita ślepego. Znaczna ilość cuchnącej ropy wylała się z ropnia do jamy brzusznej i wywołała szybkie rozszerzenie się zapalenia po całej otrzewnej.

Gdyby w tym przypadku lekarz praktyczny był się zwrócił do chirurga wcześniej o jeden tydzień, to można byłoby zapobiedz zapewne przerwaniu się ropnia przez rozcięcie ropnia poza otrzewną, to jest przez *laparotomiam extraperitonealem*.

Tyle słów i tyle przykładów w kwestyi udziału chirurga w zapaleniu wyrostka robaczkowatego i wobec komplikacyj tej choroby takich, jak *paratyphlitis* i *peritonitis!* A co się tyczy kwestyi chirurgicznego udziału wobec przekonania się o przedziurawieniu jelita, to w obecnej epoce, laparotomia jest aksyomatem i postulatem i na zawsze niemi zostanie. Innej drogi dla operowania przedziurawionej kiszki nie posiadamy!

Obserwacya V. Młody i silny żołnierz w dymisyi, wieku lat 28, zapadł w skutek obfitego obiadu na silny ból w okolicy kiszki w Lutym 1894. r. Po 6 dniach przeniesiony do szpitala z objawami ostrego, septycznego zapalenia otrzewny. Nadzwyczaj silne bóle. Narkotyki nie działają. Chory żąda operacyi w skutek nieznośnych bólów. Dnia 20. Lutego 1894. roku laparotomia. Ogólne septyczne zapalenie otrzewny. Wiele wysięku płynnego, *omentum majus* zgrubiałe i zwinięte w kłąb. Wyrostek robaczkowaty zgrubiały, powiększony, sztywny, wyprostowany, w stanie spazmatycznej erekcyi (*sit venia verbo*). U jego nasady niewielkie przedziurawienie rybią ością, która sterczy w dziurze. Wykonałem resekcyę wyrostka, szwy Lamberta. Operacya okazała się jednak spóźnioną. Septyczne zapalenie otrzewny trwało dalej. *Exitus letalis* w 3 dni potem.

Czegóż naprzykład dowodzi taka obserwacya, jak ta piąta? Czyż nie tego tylko, że operacyą przedsięwzięto zbyt późno. Wobec przedziurawienia cienkiego jelita, gdzie szanse wyzdrowienia, w razie wyczekiwania, równają się zeru, powinniśmy występować czynnie i bez wahania się przystępować do laparotomii, nawet w przypadkach rozpaczliwych.

Możnaby długą litanię ułożyć z przypadków temu podobnych. Wolę jednak streścić swoje zapatrywanie w tych słowach:

1. Należałoby wśród lekarzy zaszczepić przekonanie o pożyteczności wczesnych rękoczynów w chorobach ślepej kiszki dlatego, że dotychczas za mały udział w nich bierze chirurgia.

2. W *paratyphlitis*, w pewnej części przypadków wystarczy cięcie bez otwarcia otrzewny, t. j. *laparotomia extraperitonealis*.

3. W *appendicitis vermicularis*, *perityphlitis*, *peritonitis circumscripta* (*recurrentes* zwłaszcza) trzeba mieć na widoku *laparotomiam lateralem intraperitonealem*.

4. Rozróżniać należy: laparotomię zapobiegawczą (*laparotomia praeventiva*) od laparotomii w celu usunięcia przyczyny choroby (*laparotomia ad causam morbi extinguendam*, *laparotomia causalis*).

5. Nieraz można zwlekać z laparotomią zapobiegawczą, to jest tą, która ma na celu uprzedzenie wystąpienia powikłań niepożądanych, jako to ropnia, przedziurawienia jelita, zapalenia otrzewny i t. d.

6. Rzeczą karygodną jest niewykonanie laparotomii przyczynowej, wobec pojawienia się już groźnych komplikacyj.

7. Dlatego to niezbędne jest wykonanie laparotomii od chwili, gdy

a) choroba zbyt często powraca,

b) występują objawy przedziurawienia jelita,

c) zjawia się, jako komplikacya, ogólna *peritonitis*,

d) lub bardzo ostra i silna *peritonitis circumscripta*.

8. Wiek dziecinny przemawia przeciwko, wiek dojrzały i późny przemawia za operacyą.

6. Września 1894 roku.

II. Z pracowni Zakładu higienicznego profesora Bujwida w Krakowie.

O etyologii przewlekłego nieżytu zanikowego nosa.

Napisał
Dr. Aleksander Baurowicz,
asystent Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

Myśl szukania etyologii cuchnienia w ozenie w działaniu bakteryj nie doprowadziła do zgodnego rezultatu. Abel, którego pracę ze względu na wcześniejsze ukazanie się, aniżeli obszerna praca jako wynik dalszych badań Loewenberga, wpierw wymienić wypada, upatruje przyczynę zaniku w prątku otoczkowym, który zawsze znajdywał w nieżycie zanikowym, twierdzi, iż cecha ozeny, to jest cuchnienie polega na wydzieleniu się wydzieliny zdolnej do rozkładu, na której najrozmaitsze bakterye gnilne żyć mogą doskonale. Z wydzieliny w ozenie prątek swoisty, hodowany na sztucznych pożywkach a nawet na pożywkach bliskich ustrojowi ludzkiemu (Loewenberg), jak surowicy ludzkiej, surowem mięsie, białku kurzem a nawet na sterylizowanym śluzie z nosa rozwija pewną woń charakterystyczną, jednak nie cuchnącą a nawet nieco aromatyczną, którą Loewenberg nazywa wcale przyjemną. Abel porównywa ją do woni wywięzującej się przy kiśnieniu słodu; Paulsen wreszcie wspomina też o pewnej woni, wywięzującej się z kultur prątka otoczkowego, zostawia jednak kwestyę właściwego cuchnienia w ozenie do rozwiązania: czy odgrywają tu rolę pewne bakterye, twierdzić nie może. Abel obok prątka otoczkowego w ozenie, znalazł w kilku przypadkach bakterye cuchnące jużto jako prątki, jużto jako ziarniki, rozpuszczające żelatynę lub nie, nie znajdywał ich jednak stale i nie każda z tych bakteryj wonią swoją przypominała woń w ozenie, choć sześć razy na przy-

padków 16, znalazł prątek krótki, ukazujący ruchomość, rozpuszczający żelatynę, bardzo chorobotwórczy dla myszy białej, który wywiązywał woń podobną do woni z nosa ozenowego. Loewenberg, który pracę Abela znalazł ogłoszoną przed swoją, podaje wyniki Abela, dziwiąc się temu, iż Abel w ogóle znajdywał tak często bakterye rozpuszczające żelatynę a nawet z własnościami cuchnącemi, których on nigdy w swych licznych przypadkach nie spotkał. Mówiąc już o bakteryach jako rzekomej przyczynie cuchnienia, wspomnieć muszę pracę Hajeka [16]), jeszcze z roku 1888, który na 10 przypadków aż 7 razy znalazł prątek, okazujący nadzwyczajną ruchliwość, również rozpuszczający żelatynę i tak na niej, jak i na wszystkich pożywkach wywiązujący woń nadzwyczajnie podobną do woni w ozenie. Prątek ten zabijający mysz białą na posocznicę, wstrzyknięty pod skórę królikowi, sprowadza zgorzel. Hajek sądzi, iż prątek jego, któremu dał nazwę *bacillus foetidus ozaenae*, jest najprawdopodobniej przyczyną woni *sui generis*; prątek ten cuchnący różni się jednak od prątka cuchnącego Abela, o którym wyżej wspomniałem. Ciekawymi są przytem ogólne wyniki pracy Hajeka, który w swoich 10 przypadkach 8 razy znalazł bakterye otoczkowe, które 7 razy identyfikuje z Friedländerem, a raz znalazł bakteryę odmienną od Friedländera, jednak i niechorobotwórczą dla myszy białej, nie taką więc, jaką opisuje Loewenberg. Loewenberg, który w swym prątku otoczkowym widzi przyczynę, wywołującą zmiany przewlekłe, zapalne w błonie śluzowej z następowym zanikiem, cuchnienie charakterystyczne dla ozeny odnosi do spraw czysto chemicznych. Widzimy z tego, iż nie ma zgodności zdań a z badań moich własnych zobaczymy, iż jak do pierwszej części badań bakteryologicznych, to jest do stałego znajdywania się prątka otoczkowego w zaniku przechylić się muszę, nie znajduję jednak rozwiązania kwestyi cuchnienia stanowiącego istotę ozeny.

Zabierając się do badania swoich przypadków, miałem na myśli głównie poznanie tej bakteryi, która z opisu swego tak bardzo przypominała bakteryę twardzieli (*scleroma*) a tem samem poznania różnic ich obojga z zamiarem dążenia do rezultatu ostatniego, mianowicie czy ze znalezienia prątka otoczkowego w wydzielinie nosa, względnie górnych dróg oddechowych można rozpoznać twardziel, względnie ją wykluczyć. Szukanie przyczyny cuchnienia zostawiłem sobie jako rzecz więcej uboczną, nie znajdując zgodności w przytoczonych powyżej autorach. Zanim przejdę do spostrzeżeń własnych, opiszę prątek Loewenberga, o którym już tyle razy wspominałem a który tak Paulsen, Abel, jak i ja znaleźliśmy we wszystkich badanych przypadkach. Podam opis według Loewenberga, któremu w znalezieniu prątka przyczynowego dla zaniku należy się pierwszeństwo, podam jego różnice w porównaniu z bakteryą Friedländera, jak i innemi bakteryami z otoczkami a następnie wspomnę pokrótce o wynikach innych, zanim przejdę do własnych.

Prątek Loewenberga przedstawia się jako *diplobacillus* z otoczką, tworzący w hodowlach już za 48 godzin krótsze lub dłuższe łańcuszki, nie okazujący ruchów; na płytkach żelatynowych tworzy kolonie na pozór dwojakie, z których jedne są małe, żółte, okrągłe, inne duże białe nieco przeświecające, co zależy od tego, iż pierwsze z nich znajdują się jeszcze w żelatynie, inne zaś wydobyły się już na powierzchnię. Na żelatynie kłótej rozwija się nierównie szybciej na powierzchni, niż wzdłuż wkłucia i jakkolwiek początkowo wejrzenie hodowli podobne jest do tak zwanej hodowli gwoździowej, charakterystycznej dla bakteryi Friedländera, to przecież już wnet rozrasta się, choć grubo, na powierzchni, tracąc cechy hodowli gwoździowej a przytem brak tu tej porcelanowej białości właściwej kulturze Friedländera. Na bulionie rośnie szybko, mącąc go i opadając na dno, z którego za wstrząsaniem próbówką wznosi się do góry w postaci kłaczków. Na agarze skośnym rośnie szybko, tworząc gruby pokład szarawo-biały, wilgotny, ciągnący się, przyczem opuszcza się na dno probówki tak, że im starsza hodowla, tem mniej znajdziemy na samem agarze a w końcu cała hodowla zgromadzi się na dnie probówki. Na ziemniaku rośnie również szybko, jako nalot gruby, wilgotny, szarawobiały, ciągnący się, tworzący gazy w miernej ilości. Do wzrostu swego nie wymaga koniecznie ciepłoty termostatu, rosnąc już w ciepłocie pokojowej; na wszystkich pożywkach wywiązuje mniej więcej tę samą woń aromatyczną, wcale przyjemną. Dla myszy białej jest bardzo chorobotwórczy tak, iż mysz może paść już i po 20 godzinach; w miejscu injekcyi podskórnej, gdy mysz padnie 3. lub 4. dnia, znajduje się naciek włóknikowy, zawierający obok włóknika i ciałek białych, niezliczoną ilość bakteryj otoczkowych, dalej w każdym przypadku znajduje się powiększenie śledziony a w krwi niezliczone bakterye. Tak świnki morskie jak i króliki okazały się odpornymi na szczepienie podskórne, wstrzyknięcie zaś bakteryi śwince morskiej do jamy brzusznej bez wyjątku sprowadza śmierć zwierzęcia z powodu ostrego zapalenia otrzewny, gdy królik nie oddziaływał w podobnym razie.

Tak Klamann, jak Thost, jak i Hajek, którzy nieco później niż Loewenberg opisali prątek otoczkowy w ozenie, identyfikowali go z bakteryą Friedländera, choć Friedlander [17]) sam oświadczył, iż prątek jego nie jest chorobotwórczy dla myszy w razie szczepienia podskórnego. Jeszcze bliżej pod wielu względami stoi prątek ozeny do prątka otoczkowego Pfeifera [18]), jednak brak tu na doświadczanych myszach opisanego przez Pfeifera, ciągnącego się w nitki pokładu na pętlach jelit i na płucach, ciągnienia się krwi i soków tkanki. Loewenberg i Abel wykazali wybitne różnice między bakteryą ozeny a Friedländerem, Paulsen zaś opisując bakteryę ozeny, oświadcza wyraźnie, iż nie udało mu się znaleść wyraźnych różnic, choć twierdzi, iż jego prątek jest bardzo podobny do prątka Abela. Podobnym bardzo do prątka ozeny i zdaje się, z nim identycznym jest prątek znaleziony przez Faschinga [19]) w dwóch przypadkach w jamie nosogardłowej, tylko, iż brak mu nacieku w miejscu injekcyi u myszy. Od prątka twardzieli różni się głównie tem, iż odbarwia się metodą Grama a wreszcie podobnym jest do *bacillus crassus sputigenus*, który zresztą barwi się Gramem, obok innych różnic czyniącym go raczej podobniejszym do bakteryi Friedländera.

Różnice wybitne między prątkiem ozeny a bakteryą Friedländera zestawił dokładnie Loewenberg w obronie zarzutów tych, którzy prątek jego identyfikowali z prątkiem

[16]) Hajek: Die Bakterien bei der acuten u. chron. Coryza sowie bei Ozaena und deren Beziehungen zu den genannten Krankheiten. Berliner klin. Wochenschrift. Nr. 33. 1888.

[17]) Grundriss der Bakterienkunde Frankla. 1891.

[18]) Według Abela l. c.

[19]) Abel l. c.

Friedländera a zdaje się, najwyraźniejszą różnicą jest okoliczność, iż prątek Friedländera na sztucznych pożywkach, z wyjątkiem mleka (Paulsen), nie daje otoczki a nadto hodowany na mleku sprowadza kiśnienie kwaśne mleka (Paltauf, Loewenberg), które nieraz się opóźnia, zawsze jednak następuje, o których to dwóch ostatnich własnościach sam przekonać się mogłem. Zresztą i pod wieloma innymi względami różni się prątek Loewenberga od prątka Friedländera a nadto od prątka twardzieli, do którego jest jeszcze bardziej zbliżony, choć równie przedstawia pewne różnice. Jak prątek Loewenberga i prątek Frischa z łatwością dadzą się odróżnić od prątka Friedländera, to już większe są trudności w odróżnieniu Loewenberga od Frischa, a czy są i jakie są tu różnice, wspomnę poniżej.

Zanim zabrałem się do badania wydzieliny z jam nosowych, przedstawiających zmiany chorobowe, zbadałem naprzód 10 przypadków wydzieliny zupełnie prawidłowej, kierując się tą myślą, czy przypadkiem nie znajdę tu prątka otoczkowego, któremu przypisują chorobotwórczość w sprawach zanikowych na błonie śluzowej nosa. W żadnym z tych przypadków nie znalazłem prątka Loewenberga, choć nie brak było w ogóle różnych bakteryj, jak prątków i ziarniaków; starałem się je oznaczyć, opierając się na opisach bakteryj żyjących w nosie i wiele z nich dało się oznaczyć, inne zostawiłem nieoznaczone, nie mając zresztą zamiaru opisywania w ogóle bakteryj nosowych. Oprócz powyżej wspomnianych przypadków zbadałem nadto 40 przypadków, dotkniętych różnemi chorobami a z tego 15 razy przypadki nieżytu przewlekłego zanikowego a mianowicie w 7-miu razach połączonego z cuchnieniem (*rhinitis chronica atrophica foetida*) a w 8-miu razach w postaciach zanikowych bez cuchnienia (*rhinitis chronica atrophica*). Do reszty 25 przypadków należały: 18 razy nieżyt zwykły nosa (*rhinitis simplex*), 5 razy nieżyt z przerostem lub polipami (*rhinitis hypertrophica* i *rhinitis polyposa*), raz w przypadku ropienia z komórek sitowych i raz wreszcie w przypadku cuchnienia z nosa na tle zmian kiłowych trzeciorzędnych. Do powyższych przypadków mógłbym doliczyć 35 przypadków twardzieli, o czem zresztą wspomnę poniżej.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z kliniki chirurgicznej prof. Dra Rydygiera w Krakowie.

O leczeniu wynicowania pęcherza moczowego

(ectopia vesicae).

Przyczynek do chirurgii moczowodów.

Napisał

Dr. Leon Kryński,

I-szy asystent kliniki.

(Według wykładu na VII. Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie 1895. roku).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

Przeciwną właśnie drogą do tego samego celu, zbliżenia rozsuniętych kości łonowych dąży postępowanie Trendelenburga [5]). Polega ono na przecięciu zrostu pomiędzy kością krzyżową i biodrową (*synchondrosis sacroiliaca*), przez co uruchomia się miednica, umożliwiając zsunięcie brzegów kości łonowych. Po takiej operacyi dziecko umieszcza się w stosownie urządzonym przyrządzie łóżeczkowym, w którym za pomocą szerokiego pasa naokoło miednicy, krzyżującego się przed brzuchem i zaopatrzonego na końcach w ciężarki, osiąga się ostateczne zbliżenie *ossium pubis*. Dopiero po upływie 5—6 tygodni, kiedy już nowe stosunki jako tako się ustaliły, przystępuje Trendelenburg do właściwej operacyi *ectopiae vesicae*, okrwawienia i zeszycia brzegów na całym obszarze, od wierzchołka pęcherza aż do końca zewnętrznego cewki moczowej, które zeszywa cienkim drutem srebrnym.

Gojenie się nie idzie jednakże idealnie; części rany rozchodzą się, tworzą się mniejsze lub większe przetoki, wymagające dodatkowych operacyj późniejszych. Ostatecznie w przypadkach Trendelenburga nastąpiło zupełne zagojenie się powłok brzusznych zarówno, jak i nowoutworzonej cewki, ale niestety, w żadnym z nich nie udało się w rezultacie po operacyi otrzymać kontynencyi moczu.

Podobne wyniki otrzymał prof. Rydygier w przypadkach operowanych swoim sposobem, który przedstawiał przed 4 laty na VI. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie [6]). Zamiast naruszać całość kostnego pasa miedniczego w celu zbliżenia oddalonych kości łonowych i brzegów powłok brzusznych, dąży do tego prof. Rydygier przez uruchomienie mięśni prostych brzucha (*m. recti abdominis*) wraz z miejscem ich przyczepu na kości łonowej. Prowadzi więc dwa długie, łukowate nieco cięcia, odpowiadające brzegom zewnętrznym mięśni prostych i sięgające aż do *fascia transversa;* mięśnie te oddziela w całej długości od podstawy i doszedłszy do kości łonowej, odbija dłutem ich wewnętrznogórne części w kształcie prostokątów długości koło 3 cm., szerokości 1 cm., do których przyczepiają się dolne końce mięśni prostych. Obadwa te kawałki kości przesuwa ku środkowi tak, aby wypełnić nimi, o ile możności przestrzeń pomiędzy rozszczepionymi brzegami kości łonowych, do których przyszywa je mocnymi szwami. W ten sposób stykają się ze sobą dolne końce mięśni prostych, których brzegi wewnętrzne teraz już z łatwością dają się zeszyć po odpowiedniem okrwawieniu. Przedtem jeszcze odpreparowuje się brzegi błony śluzowej pęcherza i zeszywa się je szwem katgutowym tak, iż tworzy się zupełnie zamknięta jama pęcherza, cała wysłana błoną śluzową, ponad którą dopiero łączy się powłoki brzuszne, mięśnie proste i skórę.

Podobne zupełnie postępowanie przedstawił w tym samym roku Schlange [7]) na Zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie, polecając oddzielić dłutem długi kawał grzebienia kości łonowej wraz z przyczepem mięśni. Zarówno w przypadku z naszej kliniki, jak i Schlangego, operacya nie doprowadziła do pożądanych wyników. Jakkolwiek po kilku drobniejszych operacyach dodatkowych nastąpiło zupełne zagojenie powłok brzusznych na całym obszarze, jednakowoż ani zrośnięcia przesuniętych części kości łonowej a więc i utworzenia zamkniętego pierścienia miedniczego, ani możności zatrzymania moczu w pęcherzu nie udało się ostatecznie otrzymać.

---

[5]) Ueber Heilung der Harnblasen-Ectopie durch directe Vereinigung der Spaltränder. Archiv f. klin. Chir. XXXIV. str. 621.

[6]) Niedrukowane.

[7]) Zur Behandlung der Ectopia vesicae. Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir. 1891.

Rozpatrzona ostatnio grupa metod operacyjnych, t. zw. idealnych, nie zupełnie zadawalniająco wywiązuje się ze wszystkich zadań. Jedno z najważniejszych, zniesienie *incontinentiae urinae* w operowanych przypadkach pozostało niewypełnione.

W ten więc sposób te metody operacyjne w ostatecznych swych wynikach nie różnią się od metod plastycznych poprzedniej grupy, gdyż wynik zarówno tu, jak i tam polega li tylko na zamknięciu tą lub inną drogą jamy pęcherza moczowego, cewki i rozszczepu powłok brzusznych; jako zabieg chirurgiczny mają one tę wyższość nad metodami plastycznemi, iż dążą rzeczywiście do *restitutio ad integrum*, utworzenia, o ile możności stósunków takich, jakie istnieją prawidłowo a mianowicie do wytworzenia jamy pęcherza zamkniętej, wysłanej w całości błoną śluzową, pęcherza o pewnej pojemności, któryby mógł wydzielać mocz okresowo w pewnych odstępach czasu, wreszcie do utworzenia cewki i pierścienia kostnego miednicy. Niestety, jak widzieliśmy, jedno z najważniejszych wskazań, usunięcie niesprawności pęcherza (*incontinentia*) nie daje się osiągnąć. Zastanowić się należy, czy jest osiągnięcie tego w ogóle możliwe, czy zatem metoda Trendelenburga ma zasadniczą racyę bytu. Odpowiedzi jednakże na to obecnie dać nie jesteśmy w stanie. Decydującym tu czynnikiem jest, jak mówiliśmy wyżej, obecność i stan okrężnych włókien mięsnych koło szyjki pęcherza, stanowiących zwieracz pęcherza (*m. sphincter*). Dotychczasowe badania anatomiczne kwestyi tej nie rozstrzygają stanowczo, wyniki zaś operacyjne świadczą więcej przeciw tej obecności lub też w razie obecności tego mięśnia o takim stanie, który nie dozwala na dostateczną funkcyę po zeszyciu.

Przechodzimy do trzeciej i ostatniej grupy metod operacyjnych, którą nazwiemy radykalną lub, jak nazywa Maydl, derywacyjną. Stanowią one zdobycz chirurgii lat ostatnich, uzyskaną na drodze badań doświadczalnych, zdobycz, która pomimo stron ujemnych i niebezpiecznych wraz z ulepszeniem techniki operacyjnej zaczyna zyskiwać prawa obywatelstwa i w klinikach. Zanim przystąpimy do omówienia tej grupy sposobów operacyjnych wynicowania pęcherza, opiszemy metody stojące w pośrodku, na granicy pomiędzy poprzedniemi operacyami a ostatnią grupą, do której przechodzimy obecnie.

Ażeby uniknąć trudności operacyj plastycznych i przykrości wynikających ztąd dla chorego, powziął Sonnenburg [8]) radykalną myśl wycięcia całego pęcherza moczowego i wszycia moczowodów do zagłębienia cewki moczowej. Operacyę wykonywa on w sposób następujący: Okroiwszy naokoło brzegi błony śluzowej, dochodzi aż do otrzewny, którą ostrożnie oddziela od całej tylnej powierzchni pęcherza, poczem odcina u dołu przyczepy do kości miednicy, wypreparowuje moczowody i cały pęcherz usuwa. Wolne końce moczowodów przesuwa ku dołowi i wszywa je w rowek cewkowy zniekształconego prącia. Powstały znaczny ubytek w powłokach brzusznych pokrywa przez przesunięcie skóry z boków. Po zagojeniu się dodaje Sonnenburg dla usunięcia *epispadiae* jeszcze operacyę Thierscha na prąciu.

[8]) Ueber Operationen an der Harnblase. Verhandl. der deutsch. Gesellschaft f. Chir. 1882.

Rzeczywiście operacya ta najprostszą drogą dąży do usunięcia tego okropnego dla chorego stanu, który jest następstwem wywinięcia na zewnątrz błony śluzowej pęcherza, i umożliwia zastósowanie dokładnego zbiornika sztucznego, co już stanowi dla chorego wielkie dobrodziejstwo. Postępowanie to później zmienił Sonnenburg nieco w ten sposób, że wycinając cały pęcherz, pozostawia nietknięte ujście moczowodów i nie przenosi go do cewki, co rzecz prosta znacznie upraszcza operacyę. To ostatnie postępowanie z małą modyfikacyą poleca M. Segond [9]). Mianowicie z całego pęcherza, który wycina, pozostawia on tylko kawałek błony śluzowej w okolicy otworów moczowodów; tę błonę śluzowa zawija ponad niemi, tworząc w ten sposób maleńką jamę zamkniętą i zawierającą ujścia moczowodów. Od zewnatrz błonę śluzową pokrywa Segond płatem przesuniętym z boku ze ściany brzusznej, wreszcie na zakończenie dodaje on operacyę rozszczepu cewki (*epispadia*), ku czemu służy mu płat, utworzony z napletka (*Le Fort*). Wielkie pochwały oddaje temu postępowaniu Szymon Duplay [10]), zalecając tylko rozpoczynać operacyę od naprawienia rozszczepu cewki i dopiero po zagojeniu się cewki przystąpić do operacyi Sonnenburga-Segonda. Ponieważ jednak pokrycie płatem skórnym cewki moczowej na wierzchu nietylko nie polepsza, ale pogarsza zniekształcenie prącia, radzi Duplay operacyę *epispadiae* wykonać poleconym przez siebie sposobem za pomocą prostego zeszycia ze sobą rozszczepionych brzegów cewki [11]) a to głównie w celu umożliwienia spółkowania (?).

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Atlas mózgu człowieka i przebiegu włókien wydał Dr. Edw. Flatau. Przedmowę napisał prof. Mendel. Nakładem Kargera w Berlinie. Druk W. L. Anczyca w Krakowie. Cena 12 mk.

Praca ta poświęcona pamięci profesora Chałubińskiego, wyszła w polskim języku bardzo niedawno a poprzedziły ją przedtem już wydania w języku niemieckim, francuskim, angielskim i rosyjskim.

Należy się więc uznanie autorowi, że i naszym lekarzom oraz studentom medycyny ułatwił w ojczystym języku naukę topografii mózgowej, tak pięknie i jasno przedstawionej w tym atlasie.

Same figury i tablice (8) są poprzedzone opisem przebiegu włókien w układzie nerwowym a zarazem dróg ruchowych, czuciowych i odruchowych dla każdego z osobna nerwu i to w sposób tak jasny, zwięzły, niemniej jednak dokładny, że mając przed sobą szematyczne rysunki tych dróg łatwo się można zoryentować i przyswoić sobie to wszystko, co nam obecnie nauka podaje o anatomii mózgu, móżdżku i rdzeniu pacierzowym, oraz o ich wzajemnym związku.

Zdjęcia fotograficzne w rozmaitych przekrojach są bardzo ładnie wykonane jako fotograwury a każde ważniejsze miejsce w mózgu cyframi oznaczone, boczne zaś tablice zawierają krótkie objaśnienia.

Na jedno tylko z przykrością muszę zwrócić uwagę, że język polski jest niepoprawny tak w wyrazach z osobna, jak i w zwrotach, zdradzających szyk wyrazów niemiecki, zwłaszcza w samej przedmowie.

[9]) Według Duplay (p. niżej).

[10]) Du traitement chirurgical de l'exstropie de la vessie. Archives génér. de médecine. 1894. Septembre.

[11]) Sur le traitement de l'hypospadias et de l'épispadias. Arch. gen. de méd. 1880. str. 257.

Mam nadzieję, że atlas ten, który powinien znaleść się nietylko w rękach studentów jako podręcznik anatomii mózgu, lecz i w ręku każdego lekarza śledzącego rozwój naukowy, doczeka się rychło 2-go wydania a wtedy mam nadzieję, błędy językowe zostaną przez autora z korzyścią dla całości poprawione. *Dr. J. Sarzycki.*

Choroby zakaźne.

E. Germonig: **Sprawozdanie z 362 przypadków błonicy leczonych surowicą Behringa w szpitalu w Tryeście.**

Autor dochodzi do następujących wniosków:

1) Surowica Behringa leczy znaczny procent błonicy lekkiej i ciężkiej bez stósowania środków leczniczych wewnętrznie i miejscowo.

2) Metoda ta zastosowana w pierwszych trzech dniach doprowadza prawie zawsze do wyleczenia, wstrzymuje posnięcie się sprawy chorobowej na krtań a w razie zajęcia nawet krtani intubacya bez tracheotomii doprowadza do wyleczenia.

3) Nawet w septycznych formach błonicy surowica Behringa działa korzystnie.

4) W przebiegu leczenia tą metodą pokazują się osutki, którym towarzyszy gorączka i obrzmienie stawów.

5) Surowica Behringa nie jest w stanie przeszkodzić wystąpieniu porażeń pobłoniczych i wstrzymać powstania zapalenia płuc kataralnego po intubacyi.

W kwestyi teoryi immunizacyi surowicy autor nie wydaje żadnej stanowczej decyzyi, lecz obserwował 6 przypadków powtórnego zasłabnięcia na błonicę mimo leczenia tą metodą, co nie przemawia na korzyść tej teoryi. *(Wiener klinische Wochenschrift.* Nr. 21, 22. 1895).

Dr. B. Komorowski.

Choroby skórne.

L. E. Bregman: **Dwa niezwykłe przypadki ostrego obrzęku skóry.**

U 34-letniej ogrodniczki i jej 5-letniej córeczki, zajętych pracą w ogrodzie z końcem Maja, wystąpił nagle obrzęk elastyczny na obu kończynach górnych (symetrycznie) a u ostatniej i na twarzy. Skóra w miejscach zajętych, pomijając bladość, okazywała stosunki prawidłowe. Stan ogólny dobry. Obrzęk po 48 godzinach doszedł do szczytu, by znów po dwóch dobach ustąpić, pozostawiając po sobie wybroczyny na grzbiecie rąk i nosa. Na nosie wybroczyny naśladowały kształt motyla (jak w *lupus erythematosus*). W miejscu wybroczyn (petoci) rozwinęło się lekkie zapalenie skóry, w dalszym ciągu przyskórek się złuszczył i po 2 tygodniach powrócił *ad integrum.*

Autor w literaturze nie znalazł opisanego żadnego podobnego przypadku; więc bardzo szczegółowo badał etyologią. Wyklucza: sparzenie przez rośliny lub ukłucia owadów, odrzuca wpływy nerwowe etc. A zasiągnąwszy odpowiednich dat ze stacyi meteorologicznej, przyjmuje działanie słońca jako istotną przyczynę obserwowanego obrzęku ostrego. Jest to zatem niezwykła postać insolacyi (t. j. działanie promieni pozafiołkowych na skórę, w tym przypadku niezwykle wrażliwej). (*Gazeta lekarska* Nr. 44. 1895). *Dr. M. W. H.*

Psychiatrya.

H. C. Bristowe: **Dalsze przyczynki do związku między przewlekłemi cierpieniami nerek a porażeniem postępowem.**

W dalszym ciągu swych poszukiwań zebrał autor jeszcze więcej materyału potwierdzającego jego domysł, że choroby nerek, mianowicie zapalenie ich międzymiąższowe (*nephritis interstitialis*) trafiają się bardzo często w chorobach umysłowych, szczególniej w porażeniu postępowem. Na 3416 przypadków chorób umysłowych znaleziono przy sekcyi u 48·867% cierpienie nerek a odjąwszy z tej liczby 12% dotkniętych porażeniem postępowem i 4% osób mających więcej niż 60 lat (z przyczyny częstej w tym wieku marskości (*cirrhosis*) nerek) u 32%. Na 266 zwłok osób chorych na porażenie postępowe znaleziono w 183=68·6% zmiany w nerkach, przyczem autor zwraca uwagę na potrzebę badania tego organu i mikroskopijne, ponieważ proste badanie makroskopijne nieraz nie wystarcza do rozpoznania zmiany anatomicznej.

Autor jest zdania, że w porażeniu postępowem głównemi przyczynami zmiany w nerkach są nadużywanie wyskoku i kiła. (*Journal of ment. science.* Lipiec 1895). *R.*

Legrain: **Patogeneza napadów padaczkowatych** (*épileptiformes*) **w porażeniu postępowem.**

Okoliczność, że napady padaczkowate najrozmaitszego rodzaju i stopnia mogą pojawiać się w najrozmaitszych okresach porażenia postępowego albo i całkiem nie pojawiać, bez możności wykazania podstawy anatomicznej tej tak wybitnej różnicy jednych przypadków od drugich, nasunęła autorowi myśl, że przyczyną tego mogłoby być właściwe zatrucie krwi.

Dla udowodnienia tego przypuszczenia upuścił autor choremu na porażenie postępowe w pół godziny po rozpoczęciu się napadów padaczkowatych, wśród których w 26 godzin nastąpiła śmierć a ciepłota doszła do 40·6° C., 360 cm.³ krwi, poczem zresztą kurcze złagodniały a temperatura zmniejszyła się do 39·6° C. Surowicę z tej krwi uzyskaną wstrzykiwał autor do żyły królikowi, który po użyciu w ten sposób 40 cm.³ padł. Podobny był rezultat u dwóch jeszcze królików.

Jakkolwiek nie znamy stopnia działania trującego prawidłowej krwi, sądzi autor, że w tych doświadczeniach surowica działała nadmiernie trująco, tem bardziej, że sekcya królików padłych nie wykazała żadnej zmiany anatomicznej, nawet zakrzepów w żyłach.

Przy obdukcyi chorego, którego surowicy użyto do opisanych doświadczeń, znaleziono prócz zmian w mózgu bardzo znaczne przekrwienie i zanik ziarnisty nerek, powiększenie i stwardnienie śledziony, zupełne stłuszczenie wątroby a autor wywodzi z tych zmian anatomicznych w gruczołach mocne działanie trujące krwi w tym przypadku porażenia postępowego.

Na podstawie tych doświadczeń i postrzeżeń wnosi autor:

1) Objawy padaczkowate i udarowate (*apoplectiformes*) w porażeniu postępowem są skutkiem nie zawsze zmiany tylko w ośrodkach nerwowych, lecz także i ciężkich zboczeń w innych narządach.

2) W porażeniu postępowem może krew działać bardziej trująco, niż w stanie prawidłowym i przezto wywoływać napady podobne jak w mocznicy (*uraemia*).

3) Surowica krwi jest nosidłem (*vehiculum*) trucizny, która mieć może swoje źródło w zmianach patologicznych nie tylko nerek, ale i innych narządów.

4) Napadów padaczkowatych i udarowatych nie dostaną paralitycy z prawidłową aż do śmierci czynnością nerek.

5) Napady kurczów w przebiegu porażenia postępowego przemawiają za zmianą w ważnych trzewach brzusznych.

6) Pod względem terapeutycznym zaleca się przeciw napadom rzeczonym w przebiegu porażenia postępowego obfity upust krwi, który też autorowi w wielu przypadkach znakomite oddał usługi. *(Annales médico-psychologiques* 1895. Zeszyt 1.). *R.*

Zapiski terapeutyczne.

136. N. Rosenthal (w Berlinie): O użyciu półtora chlorku żelaza przeciw błonicy. Autor powołuje się przedewszystkiem na swe doświadczenia nad leczeniem błonicy półtorachlorkiem żelaza, w roku 1892 publikowane, w których wykazał, że błonica krtani jest najczęściej dalszym ciągiem błonicy gardła i że bardzo pewnie można przeszkodzić zajęciu krtani przez błonicę, używając w tym celu półtorachlorku żelaza na błonicę gardła. Ponie-

waż od r. 1892 ma autor jeszcze 100 przypadków błonicy rzeczonym środkiem pomyślnie leczonych, przeto przypomina swą pierwotną pracę, by na nią ogólnie zwrócono uwagę i przekonano się o prawdziwości podanych w niej szczegółów.

Autor używa 2% roczczynu półtorachlorku żelaza, poprawionego pod względem smaku gliceryną i zadaje z niego bez przerwy dniem i nocą, co uważa za kardynalny warunek pomyślnego skutku, po łyżeczce od herbaty do łyżki stołowej co godzina, dopóki nie oddzielą się błony wrzekome. W razie obfitych nalotów pomazuje jeszcze miejsca niemi zajęte albo *liquore ferri sesquichlorati puro* albo roczczynem półtorachlorku żelaza, zmięszanego po równych częściach z gliceryną i wodą. Do pomazywania, które odbywa się trzy razy dziennie w ten sposób, że raz robi je lekarz a dwa razy osoby opiekujące się chorym, używa autor pęczka waty odtłuszczonej, przytwierdzonej do pręcika drewnianego. Watę spala się natychmiast po użyciu. Autor nie używa do pomazywania gardła waty zaprawionej ani kwasem salicylowym ani karbolowym, ponieważ substancye te wchodzą w pewien związek chemiczny z półtorachlorkiem żelaza i prawdopodobnie osłabiają jego działanie. Takie miejscowe użycie półtorachlorku żelaza okazało się skutecznem szczególniej w błonicy nosa, gdzie stósuje się je w ten sposób, iż watę obwiniętą koło zgłębnika i napojoną półtorachlorkiem żelaza wprowadza się jak najwyżej do nosa i przez stósowne obroty wyciąga sam zgłębnik, poczem zaciska dziurkę od nosa i przez ugniatanie nosa wyciska z waty płyn, który działa w ten sposób w znacznej rozległości.

Wśród tego leczenia nie używał autor prawie nigdy żadnych środków miejscowych i wbrew zdaniu ogólnemu nie nastawał bynajmniej na zmuszanie chorych do dobrego żywienia się i picia napojów wyskokowych z wyjątkiem przypadków bardzo ciężkich.

Co się tyczy skuteczności leczenia błonicy sposobem, o którym mowa, to ze 100 chorych umarło 9, z których dwoje dostało się do leczenia w okresie już tak późnym choroby, iż o pomyślnym skutku mowy być nie mogło; na 179 zaś przypadków błonicy gardła, półtorachlorkiem żelaza leczonych w trzech tylko błonica zajęła także i krtań, co jest najlepszym dowodem skuteczności opisanego w niniejszem sposobu leczenia.

Ogółem leczył autor dotychczas 271 chorych, z których umarło 8·2%; zajęcie błonicze krtani pojawiło się u 4 dzieci, z których u trzech używano niedbale półtorachlorku żelaza. Wszystkie te 4 dzieci wyzdrowiały a mianowicie dwoje po tracheotomii, dwoje bez niej.

Wobec tego kończy autor swą pracę oświadczeniemi że półtorachlorek żelaza najlepiej chroni od błonicy krtan, i jest ze wszystkich, dotąd znanych przeciw błonicy środków najskuteczniejszym. (*Therapeutische Monatshefte.* Listopad 1895).

137. Edelheit (w Wiedniu): Leczenie marskości wątroby (*cirrhosis hepatis*). Autor zaleca na podstawie własnego doświadczenia w marskości wątroby kalomel w połączeniu ze sublimatem w ten sposób, że we wczesnych okresach choroby zadaje dwa razy dziennie przez 7 dni po proszku zawierającym 0·10 do 0·20 kalomelu, 0·001 (miligram) sublimatu i 2·00 cukru. Równocześnie używa chory rosołów, mleka, limonady, wystrzega się zaś mięsa, piwa, owoców strączkowych. W razie zaparcia stolca woda gorzka Hunyadego. W przypadkach choroby dalej posuniętych, jeżeli chorzy muszą leżeć w łóżku i mają puchlinę brzuszną (*ascites*), używa się kalomelu z sublimatem w dawce wymienionej przez trzy dni a potem zadaje proszek co jeden lub dwa dni. Jeżeli objawy puchliny ustąpią po 7 do 10 dniach, wstrzymuje się całkiem zadawanie kalomelu i sublimatu. W przypadkach bardzo daleko zaszłych daje się mniej kalomelu, po 3 do 4 dniach zmniejsza jeszcze dawkę i tę potem stósuje się tylko co 2-gi dzień. W ten sposób unika się punkcyi brzucha. W przypadkach pomyślnie tym sposobem leczonych zaleca się do kuracyi następowej woda lub sól karlsbadzka obok dobrego odżywiania, czystego powietrza i miernego ruchu. (*Wiener Klinik.* Zeszyt 10. 1895).

138. G. Kroenig: Przypadek śmiertelnego otrucia się fenacetyną (z posiedzenia Towarzystwa dla medycyny wewnętrznej w Berlinie w dniu 4. Listopada 1895). W dniu 29. Października okazał prelegentowi asystent szpitalny chorego, u którego rozpoznał septycemię. Był to chłopiec liczący lat 17, z zabarwieniem skóry ziemistem, ogromnym upadkiem sił, tętnem 134, nieregularnem, liczba oddechów 34 i ciepłotą 38·8. Źrenice były średnich rozmiarów i oddziaływały na światło.

Podejrzywając otrucie zbadał prelegent krew i znalazł w niej bardzo znaczną leukocytozę i osobliwą zmianę ciałek czerwonych, polegającą na tem, iż obok ciałek prawidłowych znajdowały się ciałka przeobrażone w rozmaity sposób, prócz tego była wybitna poikilocytoza a hemoglobina w znacznej części rozpuszczona w surowicy.

Z anamnezy dowiedziano się, iż z powodu bólów głowy, pochodzących prawdopodobnie z przewlekłego nieżytu ucha środkowego zażywał chory z przepisu lekarskiego od 3 tygodni codziennie 1 lub 2 gramy fenacetyny. Po zażyciu jednego wieczora również grama fenacetyny wystąpiły w nocy wymioty i niebawem znaczny zapad (*collapsus*), co było przyczyną, iż go przeniesiono nad ranem do szpitala, gdzie w kilka godzin potem nastąpiła śmierć.

Sekcya wykazała methemoglobinemią z brunatnem zabarwieniem wszystkich organów, zmiany zapalne w nerkach a nadto w moczu prawie czystą krew, co zresztą wykazano już i za życia.

Podobne przypady po zażyciu fenacetyny postrzegano już dawniej. Hinsberg i Krafft widzieli w trzy godziny po zażyciu 3 do 5 gramów rzeczonego leku przyśpieszenie tętna i oddechów, wymioty, śpiączkę i sinicę błon śluzowych a badanie krwi wykazało w niej methemoglobinę. Lindemann widział bardzo znaczną sinicę po zażyciu dwóch gramów fenacetyny a Jaksch po zażyciu nawet tylko 0·10 i 0·20 w przebiegu duru brzusznego względnie zapalenia opłucny.

W dyskusyi oświadcza Fraenkel, że widział po zażyciu $1/2$ grama fenacetyny zmniejszenie się liczby oddechów do 2—3 na minutę.

Fürbringer postrzegał u pewnej histeryczki nadzwyczaj ciężki, prawie śmiertelny zapad po zażyciu 0·50 laktofeniny.

Aronsohn przytacza, że z antyfebryny, fenacetyny, analgezyny, laktofeniny oddziela się według Meringa w ustroju paramidofenol i ten działa bardzo trująco, mocniej lub słabiej, stósownie do tego, jak szybko następuje to oddzielenie się paramidofenolu.

Stadelmann sądzi, że do zejścia śmiertelnego mogło przyczynić się w przypadku przez prelegenta opisanym zapalenie nerek, które może już przedtem istniało.

Gerhardt mniema, że osobliwa tkliwość (idyosynkrazya) ustroju gra wielką rolę w podobnych przypadkach. (*Berliner med. Wochenschrift.* 18. Listopada 1895).

V. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 21. Listopada 1895 r.

— W dniu 20. b. m. odbyło się posiedzenie zwyczajne Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, na którem kol. Raczyński przedstawił dziecko z jamą bronchiektatyczną w płucu prawem; w dyskusyi przemawiali koll. Jakubowski, Kryński, Obaliński, Trzebicky i Wernicki. Następnie kol. Wachholz przedstawił okazy z praktyki sądowo-lekarskiej: przypadek samobójczego przebicia serca i przypadek morderczego strzaskania czaszki. W dyskusyi przemawiał kol. Obaliński.

— **Komisya sanitarna krakowska** odbyła w dniu 16. b. m. pod przewodnictwem Prezydenta miasta posiedzenie zwyczajne, na którem fizyk miejski podał do wiadomości liczby odnoszące się do śmiertelności w Krakowie w ubiegłych miesiącach. Procent zmarłych

na choroby zakaźne wynosił w Październiku r. b. 16·4. Kosztem miasta szczepiono 1923 osób, rewakcynowano 1021 głównie z powodu rozporządzenia w tej mierze krajowej rady szkolnej. Dr. Bujwid wniósł, by wiadomości obchodzące ogół udzielać mu za pośrednictwem dzienników, na co wyjaśniono, iż to już się dzieje i dalej też dziać będzie. Fizyk miejski wyjaśnił sprawę budowy osobnego, miejskiego szpitala dla chorób zakaźnych i uwiadomił, iż Magistrat w myśl wniosku r. m. Dra Pareńskiego wezwał lekarzy miejscowych do wypełniania ściśle obowiązku donoszenia o przypadkach chorób zakaźnych, co też teraz częściej dzieje się, niż dawniej. Weterynarz miejski Papée uwiadomił, iż Magistrat spełniając wniosek r. m. Dra Domańskiego co do potrzeby ściślejszej kontroli nad mięsem w mieście sprzedawanem, mianowicie sprowadzanem z poza rogatek, zamierza dodać komisarzowi targowemu do pomocy osobnego weterynarza i w tej mierze pełnej Radzie miejskiej stosowne przedstawi wnioski, następnie doniósł, iż w Krakowie pojawia się ciągle jeszcze wścieklizna u psów, których z tego powodu ubito 850, iż osoby pokąsane przez psy wściekłe przekazywano prof. Bujwidowi do właściwego szczepienia, tudzież iż jedna obywatelka pokąsana przez własnego, małego psa pokojowego, która mimo namowy nie chciała poddać się leczeniu, na wściekliznę zmarła. Zgodzono się, iż ze względów sanitarnych można pozwolić na branie psów do powozów publicznych pod warunkiem, by psy miały kagańce. Przyjęto referat Dra Ponikły w sprawie urządzenia zakładu czyszczenia jelit. W końcu weterynarz miejski Papée w obszernym i gruntownym elaboracie zdał sprawę z wniosku r. m. Dra Domańskiego w kwestyi niszczenia padliny i mięsa skonfiskowanego w sposób dla zdrowia ludzkiego całkiem bezpieczny i oświadczył się za zbudowaniem na ten cel osobnego zakładu z przyrządem systemu Podewila. Wniosek ten przyjęto i uznano potrzebę jak najrychlejszego jego wykonania, by zapobiedz nadużyciom a tem samem i niebezpieczeństwu z odkopywania padliny.

— Wydział krajowy mianował Dra Zygmunta Nowaka sekundaryuszem szpitala św. Łazarza.

— Otrzymujemy następujące pismo:

W sprawie pisma prof. Dra Trzebickiego w Nrze 46. *Przeglądu lekarskiego* zwracam uwagę Szanownego Profesora, że w mojem ogłoszeniu nie było mowy o prośbie redakcyi *Centralblatt für Chirurgie*; jedynie redakcya *Centralblatt für innere Medicin* do mnie się udawała. Z wyjaśnienia wszakże Szanownego Profesora wnoszę, że prośba tejże redakcyi do mnie wystosowana: *zunächst die gesammte polnische Literatur zu berücksichtigen* — prośba usprawiedliwiająca dostatecznie, jak sądzę, ogłoszenie moje — może tylko do medycyny wewnętrznej się odnosić.

Upraszam tedy autorów o nadsyłanie mi odbitek wyłącznie tylko z zakresu medycyny wewnętrznej dla referowania w *Centralblatt für innere Medicin*. *Dr. Pisek* we Lwowie.

— Drka medycyny Róża Kerschbaumowa w Salcburgu, której na mocy osobnego pozwolenia cesarskiego wolno było praktykować w monarchii austryackiej, przenosi się do Petersburga, gdzie, jak donoszą pisma, miała otrzymać katedrę w nowych kursach lekarskich dla kobiet.

— Królewskie kolegium lekarskie (*Royal College of Physicians*) i takież kolegium chirurgiczne (*Royal College of Surgeons*) postanowiły nie dopuszczać kobiet do egzaminów lekarskich i nie wydawać im żadnych dyplomów.

— Według ostatniego obliczenia jest obecnie w Paryżu 2922 lekarzy, między którymi 521 cudzoziemców, przeważnie Belgów, Niemców, Włochów i Szwajcarów. Ponieważ liczba cudzoziemców w Paryżu wynosi 181.000, przeto na 1000 cudzoziemców przypada lekarzy cudzoziemców 2·87, gdy dla ludności francuskiej odpowiednia liczba wynosi 1·07.

— **Nekrologia**. W dniu 12. b. m. zmarł w Nowej Wsi pod Kossowem w 52. roku życia Dr. **Paweł Posachowski Zdanowicz**, obywatel ziemski, wychowaniec b. Szkoły Głównej warszawskiej.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej*, Nrze 46. W. Gajkiewicz: O nowotworach mózgowia i leczeniu ich chirurgicznem. W. Papiewski: Badania chemiczne i kliniczne nad t. zw. mlekiem tłustem Gärtnera (*Gärtner'sche Fettmilch*) (ciąg dalszy). — H. Fidler: Trzydzieści ośm przypadków błonicy leczonych surowicą (ciąg dalszy). — W *Medycynie*, Nrze 46. H. Dobrzycki: Przypadek samoistnego włóknikowego zapalenia oskrzeli (*bronchitis fibrinosa idiopathica*). W. Palmirski: Wyniki szczepień ochronnych według Pasteura. — W *Nowinach lekarskich*, zeszycie listopadowym, H. Święcicki: O kulistych tworach w skórzakach jajnika. B. Wicherkiewicz: Wstrzykiwania roztworów rtęci do żył. A. Beck: O truciznach powstających w ustroju (ciąg dalszy). Oświecimski: Operacyjne leczenie gruźlicy kości piętowej. — W *Pamiętniku Towarzystwa lekarskiego warszawskiego*, zeszycie 3-cim, W. Sobierański: O czynności nerek i działaniu środków moczopędnych. E. Biernacki: Przyczynki do pneumatologii krwi ludzkiej w stanach chorobowych. O. Hewelke: Badanie bakteryologiczne krwi suchotników. Przyczynek do kwestyi zakażeń mięszanych przy suchotach. W. Janowski: Wynik leczenia błonicy za pomocą surowicy krwi oraz niektóre uwagi o tem leczeniu. E. W. Zieliński: O chorobie Glenarda (dok.).

Sprostowanie pomyłki. W protokole Sekcyi lwowskiej Tow. lek. galic. umieszczonym w Nrze 46. znajduje się wzmianka, iż chora na *scleroderma universale* dostawała na dzień po 2 do 6 miligramów kantarydyny. Otóż powinno być, że dostawała po 2 do 6 decymiligramów.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 1973.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Wydział Rady powiatowej w Stryju rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w gminie Synowódzko wyżne z płacą roczną w kwocie 500 złr. a. w. i ryczałtem na podróże służbowe w kwocie rocznej 350 złr. a. w.

Okręg sanitarny obejmuje 15 gmin z ludnością 14696, na obszarze 370 kilometrów kwadratowych.

Chcący uzyskać tę posadę, mają prócz dostatecznej fizycznej zdatności, stwierdzonej świadectwem c. k. lekarza powiatowego wykazać się:

1) prawem obywatelstwa austryackiego;
2) dyplomem doktora medycyny uprawniającym do wykonywania praktyki lekarskiej;
3) świadectwem moralności;
4) znajomością języków krajowych;
5) praktyką najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Lekarz okręgowy w Synowódzku wyżnem będzie miał obowiązek utrzymywania apteki domowej.

Posada nadaną zostanie z dniem 1. Stycznia 1896 r. prowizorycznie na jeden rok, po upływie którego nastąpić dopiero może stabilizacya.

Obowiązki służbowe określa instrukcya służbowa z 31. Grudnia 1891. Dz. u. kr. Nr. 83.

Podania należy wnieść do Wydziału powiat. w Stryju najdalej do 15. Grudnia 1895.

Z Wydziału powiatowego.

Stryj dnia 9. Listopada 1895. 160—1—1

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.